一般社団法人日本病理学会　2025年度第6回分子病理専門医受験申請用

**エキスパートパネル　参加証明書**

【申請者記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| **日本病理学会会員番号** |  |
| **病理専門医番号／口腔病理専門医番号** |  |
| **申請者氏名** |  |
| **所属施設** |  |

必ず下段の※を確認の上記載してください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **エキスパートパネル**  **開催（主宰）施設名　※1** |  | |
| **参加証明者　　※2**  エキスパートパネル開催（主宰）施設に所属の分子病理専門医に限る | **署名欄** | 申請者が下記日程のエキスパートパネルに参加したことを証明します |
| **分子病理**  **専門医番号** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **エキスパートパネル参加施設名　※3** |  | 個人Web参加　　　□ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **エキスパートパネル　参加日時（西暦）　※4** | | | | | | | | | | | | | |
| 記入例 | 2025 | 年 | 7 | 月 | 1 | 日 | 16 | ： | 00 | ～ | 18 | ： | 00 |
| **1** |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | ： |  | ～ |  | ： |  |
| **2** |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | ： |  | ～ |  | ： |  |
| **3** |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | ： |  | ～ |  | ： |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 注意  事項 | ＊日本病理学会認定分子病理専門医受験申請のための参加証明書です。太枠内にもれなくご記入ください。  ＊A4用紙1枚　縦に収まるように印刷してご使用ください．  ＊エキスパートパネル（EP）参加施設が複数施設の場合は、施設毎に複数枚ご提出ください。 |
| ※1 | 「エキスパートパネル開催（主宰）施設名」にはEPを実施した「がんゲノム医療中核拠点病院」「がんゲノム医療拠点病院」または「EP実施可能がんゲノム医療連携病院」のいずれかの施設名を記入のこと。これら以外の医療機関名は不可。 |
| ※2 | ＊「証明者署名欄」にはEPを実施した「がんゲノム医療中核拠点病院」「がんゲノム医療拠点病院」「EP実施可能がんゲノム医療連携病院」の「分子病理専門医」1名の直筆での署名が必要（印鑑不可・不要）。なお申請者本人による自署は不可。  ＊申請者以外の「分子病理専門医」が在籍していない場合は日本病理学会事務局までご相談ください。 |
| ※3 | 開催されたエキスパートパネルに連携病院からWeb参加した場合、現地参加した連携病院の施設名を記載してください。個人で、エキスパートパネル（開催）主宰施設に連絡し、個人パソコンから接続が許可された場合には、「個人Web参加」にチェックを入れてください。エキスパートパネル開催（主宰）施設にてエキスパートパネルに参加している場合は、エキスパートパネル開催（主宰）施設=参加施設となりますので、エキスパートパネル開催（主宰）施設名を記載してください |
| ※4 | ＊3回の参加が必要です。  **＊第6回分子病理専門医試験受験のためのエキスパートパネル参加有効期間：**  **2024年10月1日～2025年9月30日まで。これ以外は対象外。** |